

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

---

Année 1935

N°

THÈSE

794

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Stanislas KOWALSKI

Né le 29 novembre 1909 à Caro (Morbihan)

---

CONSIDERATION

SUR UNE

**Complication exceptionnelle  
des kystes ovariens proevia**

**L'expulsion par les voies naturelles  
sans rupture de kyste**

---

*Président : M. BRINDEAU, Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE MEDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13

—  
1935



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

---

Année 1935

N°

# THÈSE

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Stanislas KOWALSKI

Né le 29 novembre 1909 à Caro (Morbihan)

---

### CONSIDERATION

SUR UNE

**Complication exceptionnelle  
des kystes ovariens proevia**

**L'expulsion par les voies naturelles  
sans rupture de kyste**

---

*Président* : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MEDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13

—  
1935

## I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                         |                    |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie . . . . .                                                      | ROUVIERE.          |
| Physiologie . . . . .                                                   | Léon BINET.        |
| Physique médicale . . . . .                                             | STROHL.            |
| Chimie médicale . . . . .                                               | DESGREZ.           |
| Bactériologie . . . . .                                                 | Robert DEBRE.      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale . . . . .                  | BRUMPT.            |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .                         | BAUDOUIN.          |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                       | CHEVASSU.          |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         | ROUSSY.            |
| Histologie . . . . .                                                    | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                             | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique . . . . .                                                 | N.                 |
| Hygiène et médecine préventive . . . . .                                | TANON.             |
| Médecine légale . . . . .                                               | BALTHAZARD.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                          | FIESSINGER.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie . . . . .                      | Maurice VILLARET.  |
| Clinique médicale . . . . .                                             | LOEPER.            |
| » . . . . .                                                             | CARNOT.            |
| » . . . . .                                                             | CLERC.             |
| » . . . . .                                                             | Marcel LABBB.      |
| Hygiène et clinique de la première enfance . . . . .                    | LEREBOULLET.       |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                             | NOBECOURT.         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale . . . . . | H. CLAUDE.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .               | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                      | GUILLAIN.          |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                            | LEMIERRE.          |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                         | CUNEO.             |
| » . . . . .                                                             | GOSSET.            |
| » . . . . .                                                             | GREGOIRE.          |
| » . . . . .                                                             | LENORMANT.         |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                      | TERRIEN.           |
| Clinique urologique . . . . .                                           | MARION.            |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                      | BRINDEAU.          |
| » . . . . .                                                             | COUVELAIRE.        |
| » . . . . .                                                             | JEANNIN.           |
| Clinique gynécologique . . . . .                                        | PROUST.            |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie . . . . .                 | OMBREDANNE.        |
| Clinique thérapeutique médicale . . . . .                               | RATHERY.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique . . . . .                             | LEMAITRE.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . . . . .                           | Pierre DUVAL.      |
| Clinique propédeutique . . . . .                                        | SERGENT.           |
| Clinique de la Tuberculose . . . . .                                    | BEZANÇON.          |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte . . . . .                | MATHIEU.           |
| Professeurs sans chaire . . . . .                                       | HOVELACQUE.        |
| » . . . . .                                                             | MULON.             |
| » . . . . .                                                             | OLIVIER.           |
| » . . . . .                                                             | VERNE.             |
| » . . . . .                                                             | MOIGNOT.           |



# IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

| MM.                                 |                      | MM.                   |                          |
|-------------------------------------|----------------------|-----------------------|--------------------------|
| ABRAMI . . . . .                    | } Clinique médicale. | BASSET . . . . .      | } Clinique chirurgicale. |
| ALAJOUANINE . . . . .               |                      | BROcq . . . . .       |                          |
| AUBERTIN . . . . .                  |                      | CADENAT . . . . .     |                          |
| BRULÉ . . . . .                     |                      | HEITZ-BOYER . . . . . |                          |
| CHABROL . . . . .                   |                      | MOURE . . . . .       |                          |
| CHIRAY . . . . .                    |                      | QUENU . . . . .       |                          |
| DONZELOT . . . . .                  |                      | SCHWARTZ . . . . .    |                          |
| DUVOIR . . . . .                    |                      | VELTER . . . . .      |                          |
| HARVIER . . . . .                   |                      | ECALLE . . . . .      | } Clinique Obstétricale. |
| LIAN . . . . .                      |                      | GUENIOT . . . . .     |                          |
| PASTEUR-VALLÉRY-<br>RADOT . . . . . |                      | LE LORIER . . . . .   |                          |
| SÉZARY . . . . .                    |                      | LEVY-SOLAL . . . . .  |                          |
|                                     |                      | METZGER . . . . .     |                          |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS.

| MM.                     |                       | MM.                     |                      |
|-------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------|
| GLAVE . . . . .         | Pathologie chirurgic. | LEROUX . . . . .        | Anatomie pathologiq. |
| USQUET . . . . .        | Pharmacologie.        | LEVEU-LEMAIRE . . . . . | Parasitologie.       |
| CHAILLEY-BERT . . . . . | Physiologie.          | ZIMMERN . . . . .       | Physique.            |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM.                             |                         | MM.                       |                         |
|---------------------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|
| BENARD (Henri) . . . . .        | Pathologie médicale.    | LANTUEJOUL . . . . .      | Obstétrique.            |
| BERNARD (Etienne).. . . .       | Pathologie médicale.    | LAROCHE (Guy) . . . . .   | Pathologie médicale.    |
| BOULIN . . . . .                | Pathologie médicale.    | LEMAIRE . . . . .         | Pathol. expérimentale.  |
| BULLIARD . . . . .              | Histologie.             | LEVEUF . . . . .          | Patholog. chirurgicale. |
| CATHALA . . . . .               | Pathologie médicale.    | Mlle J. LEVY . . . . .    | Pharmacologie.          |
| CHEVALLIER . . . . .            | Pathologie médicale.    | LEVY-VALENSI . . . . .    | Neurol. et Psychiâtrie. |
| DOGNON . . . . .                | Physique.               | MOREAU . . . . .          | Pathologie médicale.    |
| FEY . . . . .                   | Urologie.               | MOULONGUET . . . . .      | Patholog. chirurgicale. |
| GALLIARD . . . . .              | Parasitologie.          | MOUQUIN . . . . .         | Pathologie médicale.    |
| GASTINEL . . . . .              | Bactériologie.          | OBERLING . . . . .        | Anatomie pathologiq.    |
| DE GAUDART D'ALLAINES . . . . . | Patholog. chirurgicale. | PETIT-DUTAILLIS . . . . . | Patholog. chirurgicale. |
| GAYET . . . . .                 | Physiologie.            | PIÉDELIEVRE . . . . .     | Médecine légale.        |
| GIROUD . . . . .                | Histologie.             | PORTES . . . . .          | Obstétrique.            |
| HAGUENAU . . . . .              | Pathologie médicale.    | RICHET . . . . .          | Physiologie.            |
| HALPHEN . . . . .               | Oto-rhino-laryngol.     | SANNIÉ . . . . .          | Chimie biologique.      |
| HAZARD . . . . .                | Pharmacologie.          | SENEQUE . . . . .         | Patholog. chirurgicale. |
| HUGUENIN . . . . .              | Anatomie pathologiq.    | TROISIER . . . . .        | Pathol. expérimentale.  |
| JOANNON . . . . .               | Hygiène.                | TURPIN . . . . .          | Pathologie médicale.    |
| LABBÉ (Henri) . . . . .         | Chimie biologique.      | VIGNES . . . . .          | Obstétrique.            |
| LACOMME . . . . .               | Obstétrique.            | WILMOTH . . . . .         | Patholog. chirurgicale. |

## V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

|                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé   | Education physique.  |
| FREY . . . . .          | Stomatologie.        |
| LEDOUX-LEBARD . . . . . | Radiologie clinique. |
| WEIL-HALLE . . . . .    | Puériculture.        |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MA FEMME

*En témoignage de ma profonde tendresse.*

A MON FILS

## A MES GRAND'MÈRES

### A MON PÈRE

Directeur du Muséum d'Histoire Naturelle de Nantes  
Docteur ès sciences de l'Université de Louvain

*Qui m'inculqua l'amour des Sciences naturelles et par là éveilla ma vocation médicale.*

### A MA MÈRE

*Dont le dévouement inlassable et la constante sollicitude seront le meilleur exemple pour la carrière qui s'ouvre devant moi.*

## A MES FRÈRES ET SOEURS

### MEIS ET AMICIS

**A M. LE PROFESSEUR BRINDEAU**

Professeur de Clinique Obstétricale  
à la Faculté de Médecine de Paris  
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui m'a fait le très grand honneur de vouloir  
bien présider cette thèse.*

**A M. LE PROFESSEUR LEROUX**

Professeur de Clinique Obstétricale à l'Ecole de Médecine  
Chirurgien des Hôpitaux

*Avec l'assurance de ma sincère reconnais-  
sance pour toutes les directives qui facili-  
tèrent grandement la rédaction de cette  
thèse.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

DOCTEUR DUVERGER

(Octobre à Février 1932)

DOCTEUR JAGO, (Saint-Nazaire)

(Février à Juillet 1932)

DOCTEUR GAUDUCHEAU

(Janvier à Juin 1933)

DOCTEUR DANO

DOCTEUR LAISNÉ

DOCTEUR LÉON SOURDILLE (*in memoriam*)

(Juin à Novembre 1933)

DOCTEUR MOUTIER

DOCTEUR GIROIRE

(Mai à Novembre 1934)

DOCTEUR LE MEIGNEN

(Décembre 1934 à Mai 1935)

PROFESSEUR BRELET

## INTRODUCTION

L'étude des kystes ovariens depuis la mise au point de Rémy dans sa thèse d'agrégation en 1886 n'a cessé d'être à l'ordre du jour, et congrès, monographies ont tout dit, et il nous serait bien difficile d'apporter des faits nouveaux à une étude aussi complète.

Ce n'est donc pas une étude d'ensemble que nous comptons faire, c'est tout simplement, partant de la publication d'une observation de kyste proevia expulsé par le rectum, une recherche de cas similaires et quelques réflexions que nous a suggérées la rareté de tels accidents.

Nous laisserons de côté l'évolution et l'influence d'un kyste ovarien sur la grossesse qui, suivant son volume, son siège, peut permettre à la grossesse un développement normal ou bien produire des phénomènes de compression et, en entravant le développement de l'utérus, amener un avortement, pour ne résumer brièvement que l'évolution des kystes ovariens.

*Au cours de l'accouchement, un kyste ovarien peut se développer :*

soit dans l'abdomen,  
soit dans le petit bassin.

1° Développé dans l'abdomen, un kyste ovarien même volumineux ne gênera que peu la marche du travail. Par son volume, en empêchant l'utérus de se développer sur la ligne médiane, il favorisera les présentations vicieuses produisant une obliquité du corps de l'utérus avec le vagin, il modifiera la régularité et la puissance des contractions.

2° Il n'en est pas de même d'un kyste proevia plus ou moins enclavé dans le petit bassin. Celui-ci formant un obstacle au devant de la présentation, ne pourra évoluer que suivant trois façons :

Il pourra : 1° s'aplatir, 2° se rompre, 3° se déplacer, (déplacement vers l'abdomen ou déplacement vers l'extérieur, par le vagin ou le rectum.

#### *Evolution des kystes proevia en général*

1° *L'aplatissement* ne vaut que pour les kystes peu volumineux.

Tarnier admettait que si ce volume n'excédait

pas celui d'un œuf de poule l'accouchement était possible.

Nous lisons dans la « Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique » 1931, un long chapitre sur les tumeurs proevia du Professeur Audebert, de Toulouse :

« Je ne puis partager l'avis de Tarnier car intervient ici encore la notion du siège de cette tumeur.

« Si celle-ci est latérale, la règle de Tarnier est acceptable, mais si elle est située sur le col ou sur le segment inférieur à son voisinage immédiat, elle peut être un obstacle irréductible ».

Rémy rapporte dans sa thèse un fait observé par Tarnier à la Maternité en 1881 : une femme chez laquelle une tumeur du volume du poing obstruait l'excavation accoucha cependant spontanément grâce à un aplatissement notable de la tumeur. Cette femme ayant succombé, on constata à l'autopsie qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde de l'ovaire.

Il est d'ailleurs d'autres facteurs que le volume :

la réductibilité possible,

la mobilité,

la consistance,

la nature de la tumeur

entrent en jeu.

## 2° *La rupture.*

Elle se produit surtout dans le cas de kystes à parois minces et dont le contenu liquide est sous tension. Elle a pour résultat l'épanchement du liquide intrakystique dans le péritoine, amenant un syndrome péritonéal grave. Rare sans doute pour les kystes dermoïdes dont on connaît l'épaisseur de la paroi. Elle ne s'est pas produite dans notre cas où il s'agissait d'un kyste mucoïde de paroi moins épaisse et moins résistante.

## 3° Reste le *déplacement de la tumeur.*

Le kyste peut filer vers l'abdomen dans certains cas.

En général, il a tendance à descendre au devant de la présentation qui le repousse comme un obstacle.

Plusieurs hypothèses là encore peuvent se produire.

Résistance du kyste qui ne se rompt pas et, formant obstacle absolu, peut entraîner la *rupture de l'utérus*.

Descente progressive du kyste au devant de la présentation. Si il est diagnostiqué à ce moment, l'accoucheur abandonnera la voie basse pour la cé-

sarienne. S'il est passé inaperçu, aidé par une prise de forceps, il va produire une déchirure et s'extériorisera soit par le vagin soit par le rectum.

C'est le cas que nous relatons dans notre observation.

Quel que soit le mode d'évolution d'un kyste proevia, il est presque toujours cause d'une grave dystocie, (94 % d'après le Professeur Brindeau).



## OBSERVATION 1

Pr. LEROUX. — *Clinique obstétricale de l'Ecole de Médecine de Nantes.*

Le 6 Novembre 1934, une femme amenée d'urgence de la campagne nantaise entrain à l'Hôtel Dieu portant entre les cuisses une énorme tumeur en battant de cloche.

Elle était pâle, les traits tirés et fatigués bien que ne se plaignant pas trop. Elle racontait qu'âgée de 38 ans, elle avait accouché en mai 1931 et en novembre 1932 d'enfants vivants et bien portants. Le premier accouchement avait nécessité une application de forceps.

Depuis lors, elle se portait bien et ayant eu ses dernières règles du 30 janvier au 3 février 1934, elle avait accouché l'après-midi même dans la ferme où elle habite.

L'accouchement avait été très difficile. Un médecin avait pratiqué, sans anesthésie et seul, des prises de forceps très élevés. Il avait tiré sans parvenir à faire descendre la tête et avait abandonné la

partie. Une heure après, la femme au milieu d'efforts expulsifs chassait d'abord par l'anus une masse kystique considérable, puis par la vulve intacte un enfant vivant et bien portant.

Après l'accouchement, la délivrance s'était faite naturellement, sans incident.

Inquiet de la présence de cette masse expulsée anormalement le confrère avait appelé un autre confrère en consultation pensant qu'il pouvait s'agir d'un kyste de l'ovaire, et la femme avait été envoyée à l'Hôtel Dieu d'urgence, après discussion et élimination du diagnostic de cystocèle.

À son entrée à l'Hôtel Dieu, la malade est relativement peu choquée, elle semble peu souffrir. Ses traits sont tirés cependant, le pouls bat à 120, elle n'a pas de température.

Entre ses cuisses pend une énorme tumeur en battant de cloche longue de 17 cm., large de 10 cm., rouge violacée, sillonnée d'un fin réseau vasculaire, mollassse et fluctuante.

C'est de toute évidence un kyste de l'ovaire comme le montre son aspect bien typique et comme le confirme encore la présence de la trompe de Fallope dont le pavillon s'épanouit sur le côté gauche de la tumeur.

Ce kyste dans une singulière situation sort, invraisemblablement, par l'anus. En écartant les cuis-

ses et les lèvres de la vulve, on a de haut en bas : la vulve distendue par l'accouchement dont la colonne postérieure semble intacte, puis le pont cutanéomuqueux qui a été déchiré jusqu'au sphincter anal exclusivement, enfin l'orifice anal atone et très largement ouvert encore, par lequel le kyste s'est accouché et qui livre passage aux pédicules conjoints du kyste et de la trompe. Ces pédicules sont très étirés par le poids de la tumeur.

L'opération immédiate fut pratiquée par le Docteur Leroux qu'assistait le Docteur Linval.

1) Rachianesthésie en position latérale avec 10 ctg. de scurocaïne.

2°) Section du pédicule entre deux pinces et ligature du pédicule qui est attiré, aussitôt lâché, dans le rectum, grâce à l'élasticité de son pédicule.

3°) Exploration à la vue et à la main du conduit génital. Le vagin et le sac utérin sont intacts.

4°) Pour réparer la brèche du rectum, on procède à une laparotomie sous-ombilicale. On se trouve gêné par le volume de l'utérus à terme qui vient d'être évacué et, ne pouvant explorer le rectum, on fait préalablement l'hystérectomie subtotale. Gêné à nouveau par le globe vésicale, on parvient à le faire évacuer par sondage et l'on peut alors mettre en évidence la plaie du rectum.

Cette plaie intéresse la portion ampullaire du rectum recouverte du péritoine du cul de sac de Douglas. La fente s'étend longitudinalement sur la face antérieure du rectum, elle mesure environ 10 cm. de long et commence à partir du fond du Douglas.

On est obligé de compléter l'anesthésie par quelques bouffées de Schleich, on peut alors bien mettre en évidence la région rectale intéressée dont la profondeur rend les sutures malaisées. On fait un premier surjet total, puis un deuxième surjet d'enfouissement. Par mesure de sécurité, on met en place un sac de Mickulicz avec mèches, le tout étant ensuite imprégné d'huile goménolée à 10 %.

Les suites opératoires sont accidentées de réactions péritonéales fébriles pendant une quinzaine de jours. Le Mickulicz est enlevé complètement vers le huitième jour. Le seizième jour après l'opération (23 novembre), après vérification bactériologique de la plaie de drainage de bonne apparence, on fait, sous anesthésie locale, une réunion secondaire qui réussit bien.

La femme sort guérie le 8 décembre 1934, un mois après son entrée. Elle n'a, à aucun moment, présenté de signes de fistule recto-abdominale et d'ailleurs une rectoscopie pratiquée avant son dé-

part de la Maternité, par notre ami le Docteur Boiffin a montré la bonne qualité de la plaie réparée du rectum. La défécation est normale. La malade ne souffre pas et n'accuse aucun trouble fonctionnel.

Nous avons eu depuis lors des nouvelles de la malade qui se porte parfaitement.

A côté de cette observation, nous rappellerons quelques observations anciennes que nous avons pu retrouver.

## OBSERVATION II

(WIART) publié dans le « *Traité de l'Art des Accouchements* » par Tarnier et Budin, T. 3.

L'auteur relate que chez une femme en travail dont l'accouchement ne se terminait pas, il appliqua le forceps et s'aperçut qu'au moment des tractions la cloison recto-vaginale venait faire saillie dans le vagin ; au toucher, il reconnut la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de dinde. Deux ponctions successives permirent de retirer de cette tumeur un liquide épais et crémeux, et l'extraction fut alors possible ; pendant les suites de couche, il se fit *par l'anus* une évacuation abondante d'un li-

quide purulent d'odeur infecte, puis finalement il y eut expulsion d'une membrane « recouverte d'une forêt de cheveux soyeux et fins ». Il s'agissait d'un kyste dermoïde de l'ovaire qui, refoulé par la tête fœtale, s'était coiffé de la paroi antérieure du rectum et était descendu jusqu'à l'anūs.

Ce cas se rapproche beaucoup de celui que nous avons rapporté, mais Wiart avait pu, grâce à ses ponctions répétées, éviter la déchirure immédiate du rectum et l'expulsion consécutive dont nous avons eu sous les yeux le résultat final.

Il est probable que la compression forcée de la paroi rectale avait abouti à une gangrène partielle et à l'évacuation par la voie rectale, au moment de la chute de l'escharre du contenu suppuré du kyste qui s'était rompu dans le Douglas ou s'y était évacué largement après la ponction.

### OBSERVATION III

*(publiée par G. G. Sevitski in thèse Bourdin)*

Ovariectomie par le rectum pendant le travail.

Femme de 24 ans atteinte d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit, deux grossesses se sont terminées par des fausses couches. La troisième arrive à terme,

mais l'engagement ne se fait pas étant entravé par la tumeur.

Le forceps amène enfin la tête au détroit inférieur, mais la tumeur fait saillie à l'anus et *rompt la paroi rectale*. La tumeur est vidée et le fœtus est expulsé facilement.

Le kyste est alors extirpé, le rectum recousu ; une hémorragie grave se produit après la délivrance. La malade succombe au bout de 33 heures à la péritonite pelvienne.

#### OBSERVATION IV

(publiée par le Docteur Consot de Dinan, dans le bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale, Paris, 1863).

Mme C..., âgée de 39 ans, 2 grossesses, 2 accouchements, 3<sup>e</sup> grossesse à terme.

Au toucher : col effacé en avant, presque entièrement dilaté, surtout dans son segment antérieur ; la position de la tête un peu oblique est cependant bonne, mais les eaux ont entraîné une anse considérable du cordon ombilical ; on n'y sent plus de pulsations et on trouve tous les autres signes de la mort

du fœtus. En faisant quelques manœuvres pour réduire l'anse ombilicale herniée, on est frappé du volume et de la résistance que conserve le segment postérieur du col. Il reste dur, tendu et semble continuer sans interruption la cloison recto-vaginale ; on s'assure que le rectum n'est pour rien dans ce gonflement.

Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur du bassin est considérablement diminué et c'est là que siège évidemment l'obstacle qui, malgré d'énergiques douleurs, empêche la tête de cheminer.

A quatre heures du matin, la malade s'épuise en efforts stériles ; le pouls s'accélère et la douleur se concentre, douleur déchirante, continue dans les reins, mais n'ayant aucun caractère expulsif ; la tête ne bouge pas ; la patiente est découragée, il y a de plus hémorragie.

On donne 1 gramme de seigle ergoté et aussitôt que les contractions reparaissent le forceps est appliqué. Malgré quelques difficultés de manœuvres, la tête est bien saisie et progresse ; elle est précédée dans sa migration par la tumeur, laquelle est logée en partie dans l'intervalle que laissent les cuillers de l'instrument. Au moment où se complète le mouvement d'extension de la tête, la tumeur s'énuclée, se dégage et tombe aux pieds de l'opérateur.

On s'assure immédiatement par le toucher que le col est revenu sur lui-même et qu'il ne reste plus trace de l'énorme tuméfaction qui comblait le bassin...

La tumeur est oblongue, piriforme, longue de 11 cm., large de 6. Les parois fibreuses, lisses, nacrées sont très résistantes. Un pédicule gros comme le pouce et portant les traces de la déchirure d'un point d'implantation, forme la plus petite extrémité de l'ovoïde.

L'incision donne issue à un liquide séro-purulent tenant en suspension des grumeaux caséux en tout semblables à ceux que renferment ces kystes du cuir chevelu qui ont subi un certain degré d'inflammation. On découvre en même temps dans la tumeur une masse considérable de cheveux noirs, soyeux, contournés en tous sens et comme feutrés. Il y en a de toutes les dimensions, depuis 5 à 6 cm. jusqu'à 35. Quoique contenus dans la grande poche kystique, ils ont leurs racines dans une seconde poche plus petite, à parois plus épaisses et plus résistantes. Tous les poils sont implantés sur une surface de 2 à 3 cm. dont l'organisation paraît très différente de celle des parois.

Cette observation intitulée « kyste pileux du col utérin, cause de dystocie », ne semble pas conforme

à son titre et il semble qu'il pourrait s'agir d'un kyste ovarique occupant le cul-de-sac péritonéal postérieur et sorti par une déchirure à la suite d'une application de forceps.

### OBSERVATION V

(publiée par Macoulay, in thèse Bourdin, Paris, 1927)

Kyste dermoïde volumineux compliquant le travail. Forceps appliqué sur un sommet pour prolongation du travail. Tout à coup, sans que rien ne fasse soupçonner sa présence et dans l'intervalle entre les tractions, une tumeur kystique longuement pédiculée plus grosse qu'une tête d'enfant apparaît à la vulve. On retire le forceps. On ponctionne : substance verdâtre, épaisse, pultacée. Un enfant mort est extrait par forceps. On constate ensuite que la tumeur était engagée dans le canal utéro-vaginal, à travers une déchirure intéressant le col à gauche, déchirure cervicale et migration de la tumeur ayant été vraisemblablement les effets des pressions réciproques développées au cours des tentatives d'extraction par le forceps.

## OBSERVATION VI

*(in thèse Bourdin 1927, Paris, due à Treub)*

Accouchement laborieux prolongé par suite de la présence d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit.

La tumeur proéminait fortement vers le vagin refoulant plus particulièrement la paroi vaginale postéro-latérale droite. Le médecin qui communiqua cette observation intervint par le forceps et, au cours de l'extraction pénible, vit tout à coup la tumeur s'échapper par le vagin. C'était une tumeur dermoïde. L'accouchement terminé, le médecin put constater l'existence d'une déchirure siégeant dans la région postéro-latérale droite du cul-de-sac.

Guérison après des suites de couches un peu troublées.



## ÉVOLUTION

### *Rareté de cette évolution*

La rareté d'une telle observation se marque dans les auteurs classiques par les chiffres de 8 cas publiés.

Playfair la désigne sous le nom de « natural ovariectomy ».

Berry, Luska, Madame La Chapelle, Kluskens, Sucro ont publié des expulsions par le vagin.

L'expulsion par l'anus, sans doute très exceptionnelle, est notée dans les auteurs classiques. Nous n'avons pu en retrouver que deux cas — tous deux anciens. Il semble d'ailleurs qu'à mesure que se développait l'éducation obstétricale ces accidents se font plus rares, le diagnostic étant posé de bonne heure ou tout au moins au début du travail.

### *A. Mécanisme.*

Dans toutes ces observations où un kyste ovarien fut expulsé par les voies naturelles — vagin ou rectum — une constatation saute aux yeux : la mé-

*connaissance de la tumeur.* Aucun de ces accidents ne serait survenu si le diagnostic avait été fait à temps.

D'autre part, chaque expulsion fut précédée d'une intervention obstétricale et cela est un point essentiel à noter dans le mécanisme de tels accidents.

*Il faut qu'il y ait une intervention — prise de forceps ou version pour produire ces accidents.*

C'est-à-dire qu'abandonnés à eux-mêmes des cas semblables se termineraient plutôt par la rupture utérine ou par l'inertie utérine, la mort de l'enfant puis celle de la mère en étant la conséquence ; la contraction utérine seule serait insuffisante pour produire une brèche dans le fond du Douglas ou sur la paroi rectale en contact immédiat avec la tumeur et point de moindre résistance.

La tumeur plus ou moins malléable se moule en quelque sorte sur le cul-de-sac de Douglas et il est nécessaire qu'une force extérieure supplémentaire vienne s'ajouter à l'effort utérin pour parvenir à rompre l'obstacle.

La déchirure se produit au niveau du dôme vaginal s'étendant soit au col utérin, soit au niveau du rectum. Cette voie semble tout à fait exceptionnelle. Elle paraît selon nos constatations s'être produite

après aplatissement du rectum contre la coupole sacrée et par un mécanisme d'éclatement qui rappelle celui des plaies traumatiques contondantes du cuir chevelu par chute sur un corps résistant. Mais cet éclatement s'arrête à la paroi antérieure du rectum car le kyste peut alors s'insinuer par laminage dans la lumière de l'ampoule rectale et s'extérioriser par l'anus.

B. *Une comparaison qui s'impose explique le mécanisme de cette évolution.*

Tout se passe comme dans l'extraction d'un bouchon contenu dans une bouteille dont on force la sortie hors du goulot à l'aide d'une corde terminée par un nœud. Quand on tire sur le nœud, le bouchon ne peut que sortir si le nœud est assez gros. Dans ces cas, la corde munie de son nœud, c'est la tête saisie par le forceps — le bouchon maintenu dans le goulot de la bouteille, c'est le kyste.

Le kyste proevia poussé avec force par toute la force de la présentation, chassée elle-même par la contraction utérine, qu'aide puissamment la prise de forceps, ne peut que s'énucléer par la voie qui lui offre la moindre résistance — et c'est au niveau de la paroi de l'ampoule rectale que va se produire la déchirure permettant à l'accouchement de se terminer.



## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous allons étudier successivement le kyste ovarien, puis les lésions que sa migration forcée a occasionnées.

### A. LE KYSTE.

Le *volume* du kyste est très variable, il peut varier de la grosseur d'un œuf de poule à celui de la tête d'un enfant (Obs. V), ou même davantage.

La règle de Tarnier reste vraie : « Si le volume d'une tumeur proevia n'excède pas celui d'un œuf de poule, on est en droit de penser que l'accouchement est possible ». Ajoutons comme le propose le Pr. Audebert de Toulouse : « pourvu que cette tumeur soit latérale, mais si elle est située sur le col ou sur le segment inférieur à son voisinage immédiat, elle peut être un obstacle irréductible ».

Il existe d'ailleurs d'autres facteurs que le volume de la tumeur :

la mobilité,

la consistance,

la nature de la tumeur entrent en jeu.

La *mobilité* du kyste est fonction de son pédicule.

Un kyste à pédicule court ne pourra que se rompre à moins qu'il possède une élasticité surprenante qui lui permette un long étirement. La torsion du pédicule, fréquente dans ces cas, en diminue la longueur et par là même favorise sa rupture. Cette torsion, qui existait dans le cas que nous rapportons, se marque à l'aspect plus ou moins violacé du kyste.

Dans certain cas, inclusion du kyste dans le ligament large, le pédicule peut faire totalement défaut. Dans ce cas évidemment l'extériorisation au dehors par les voies naturelles devient impossible.

La *consistance* du kyste joue ici un rôle capital. Elle est intimement liée à la nature de la tumeur.

Il est classique, en effet, d'admettre que le *kyste mucoïde* a des parois minces, souples, dépressibles, une consistance liquide, tandis qu'un *kyste dermoïde* a des parois épaisses, rénitentes, une consistance inégale, fluctuante en un point, dure ailleurs donnant assez exactement au toucher la sensation d'une masse de « mastic ». Entre ces deux variétés extrêmes, on trouve des kystes mixtes à contenu mi-liquide et mi-solide qui offrent une consistance intermédiaire et variable suivant la plus

ou moins grande quantité de débris ecto-dermiques qui y sont contenus.

Inutile de préciser que les kystes dermoïdes se rencontrent beaucoup plus fréquemment dans la pathogénie de l'évolution des kystes proevia, la rupture étant surtout l'apanage des kystes mucoïdes. Tous les cas rapportés plus haut sont ceux de kystes dermoïdes, à l'exception de l'observation du Pr. Leroux.

Le pédicule, dont nous avons déjà parlé à propos de la mobilité du kyste, est constitué par deux cordons parallèles : la trompe et le ligament de l'ovaire. La trompe peut rester normale tout en faisant partie du pédicule, plus souvent elle est étirée, allongée et tendue en écharpe sur le kyste.

#### B. SITUATION DU KYSTE.

Lorsque l'ovaire augmente de volume du fait du développement d'une tumeur, il tombe soit dans le cul-de-sac du Douglas, soit au devant de l'utérus sous la symphyse pubienne.

Dans le Douglas, la tumeur ovarienne se place en arrière de l'utérus du côté opposé. Lors de l'augmentation de l'utérus, dans certains cas, la tumeur

va être délogée de son cul-de-sac et chassée vers l'abdomen. Si ce déplacement ne se produit pas lorsque l'utérus est encore pelvien, il devient ensuite impossible, la tumeur étant emprisonnée sous la voûte que forme la concavité du sacrum ; elle ne pourra plus s'échapper que latéralement par les espaces ménagés entre le sacrum et les ailes iliaques.

La position rétro-pubienne du kyste, lieu de prédilection des kystes dermoïdes, a l'avantage, en raison de ce plan incliné, de rendre la migration de la tumeur vers l'abdomen beaucoup plus facile.

#### C. LÉSIONS MATERNELLES.

Du côté maternel, l'état des voies génitales dans le cas d'expulsion par le rectum ne présente rien de bien spécial.

Dans notre observation, l'utérus et les voies vaginales supérieures étaient normales. Dans un certain cas cependant, la fissure rectale est précédée par une déchirure de la partie supérieure de la voûte vaginale, déchirure qui peut s'étendre à la vessie.

Du côté du rectum, la longueur et la largeur de la déchirure ne sont pas toujours aussi étendues

que le fait présumer le volume de la tumeur expulsée. Celle-ci, plastique, s'insinue, se lamine en quelque sorte, et c'est ainsi qu'elle peut passer par une brèche minime.

Dans notre observation pour une longueur de 17 cm. et une largeur de 10 cm., la brèche ne mesurait que 10 cm. de longueur. Cette brèche rectale était la lésion quasi unique. Elle siégeait sur la paroi antérieure de l'ampoule rectale — présentant un tracé vertical et linéaire — et ses bords étaient très nets, non déchiquetés. Elle partait du fond du cul-de-sac de Douglas et s'élevait verticalement sur 10 cm. environ. Elle saignait peu.

Le péritoine du Douglas n'ayant pas eu le temps de réagir ne montrait aucune inflammation.



## ÉTUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

Au point de vue clinique, comment va se présenter une telle malade ?

Nous étudierons d'abord le diagnostic posé par les tumeurs proevia au *cours de l'accouchement*, puis celui soulevé par *l'expulsion du kyste par les voies naturelles*.

### 1. — *Au cours de l'accouchement.*

Dans le premier cas, une parturiente à terme a commencé son travail, les contractions cependant puissantes ne *réussissent pas à engager la présentation qui reste haute*.

(Nous supposons que l'accoucheur n'a jamais eu l'occasion d'examiner cette femme).

Il va avoir à résoudre plusieurs problèmes d'une égale importance. Il devra :

1° se rendre compte de l'origine maternelle de la dystocie.

2° reconnaître la présence de la tumeur.

3° définir la nature de la tumeur.

1° Il lui faudra tout d'abord éliminer toutes les causes de *dystocie fœtale* : l'excès de volume du fœtus, excès total ou partiel comme l'hydrocéphalie, la présence de jumeaux adhérents et de monstres.

2° Il lui faudra ensuite reconnaître la *présence de la tumeur* et, pour ce faire, éliminer le *rétrécissement rachitique* par la recherche des stigmates, la pelvimétrie externe et surtout le toucher mensurateur en allant à la recherche du promontoire. Cette cause de dystocie éliminée, « reconnaître la tumeur pelvienne est vraiment bien simple, il suffit d'explorer par le toucher l'excavation avec quelque attention ».

Il faut évidemment ne pas prendre pour une tumeur une partie fœtale appartenant à un jumeau ou un membre procident ou latérocident.

Quant à un second corps utérin basculé dans l'excavation, un cas d'utérus didelphe, c'est un fait bien exceptionnel. L'exploration soigneuse des organes génitaux externes montrerait l'existence d'un deuxième vagin, et d'ailleurs la conduite à tenir serait la même que pour une véritable tumeur. (Cas publié par le Dr Leroux in thèse Montfort).

3° Le diagnostic de tumeur pelvienne proevia

une fois posé, une seule chose doit intéresser l'accoucheur :

*Etant donné cette tumeur, l'accouchement par les voies naturelles est-il possible ou non ?*

Quelles sont les données qui vont lui permettre de résoudre ce problème ?

*La règle de Tarnier* « si le volume n'excède pas celui d'un œuf de poule, l'accouchement est possible », reste une excellente règle de conduite.

Il faudra cependant tenir compte, moins de la mobilité de la tumeur qui a perdu aujourd'hui beaucoup de son importance maintenant que son refoulement ne se pose plus, que de la *consistance* et *partant de la nature* de la tumeur.

Il est donc logique de diviser ces tumeurs, suivant qu'elles opposeront une résistance plus ou moins grande à l'accouchement, en tumeur *solide* et *liquide*.

Avant d'étudier les diverses tumeurs susceptibles de devenir cause de dystocie, il nous faut insister sur la difficulté particulière du diagnostic venant de ce que la tumeur se trouve bloquée dans le bassin par le fœtus et sur le peu de certitude que nous donnent dans ce cas les signes cliniques.

a) Les *fibromes de l'utérus* peuvent se rencon-

trier proevia, surtout les *fibromes pédiculés* du segment inférieur. Il est classique de dire que les fibromes font corps avec l'utérus tandis que les kystes ovariens en sont séparés par un sillon bien perceptible. Il sera permis d'y penser si la malade accuse dans son passé des ménorragies.

b) Les *tumeurs solides de l'ovaire* : *fibrome*, *sarcome*, ne sont la plupart du temps qu'une découverte de césarienne.

c) Le *cancer du col* est en général facilement reconnaissable bien que pendant la grossesse les tumeurs bénignes puissent affecter une allure végétante trompeuse.

d) Le *kyste dermoïde* vient faire la transition entre les tumeurs solides et liquides. On y pensera chaque fois qu'on aura affaire à une tumeur peu volumineuse, arrondie, de consistance semi-solide « mastic » et située devant l'utérus : cette situation étant la place de choix de cette variété. Un signe pourra cependant amener la certitude, c'est la perception à son niveau d'une masse osseuse ou cartilagineuse, ou bien si le doigt « laisse une dépression en godet comme dans du suif ».

e) Le *kyste mucoïde* se reconnaîtra à sa plus grande régularité de surface et à sa consistance en général plus élastique, plus « liquidienne ».

f) Citons encore les kystes du parovaire qui peuvent, comme les kystes ovariens, être ou pédiculés ou inclus dans le ligament large. Impossible à diagnostiquer cliniquement, ils seront la plupart du temps une découverte de laparatomie.

Citons différentes autres tumeurs qui peuvent dans certain cas devenir pelviennes et, de ce fait, être un obstacle au moment de l'accouchement.

Les kystes du vagin ont été cités par Raimbert, Peters, Puech, comme pouvant être une cause sérieuse de dystocie, soit qu'ils soient pédiculés et fuyant devant la présentation, ou sessiles et formant un obstacle infranchissable.

Parmi les tumeurs provenant de l'intestin, citons la hernie vaginale. B. C. Hirst signale des cas où on a pris cette hernie pour la poche des eaux, pour un kyste de l'ovaire. C'est dire que ce diagnostic existe. On la reconnaîtra comme l'a fait Budin dans un cas par la combinaison du toucher vaginal et rectal. « On circonscrit alors la tumeur entre deux doigts, on constate sa réductibilité, on peut y sentir le gargouillement et l'hésitation n'est plus permise ».

Des matières, accumulées dans le rectum, ont pu être la cause d'erreur de diagnostic. Une tumeur stercorale a pu être prise pour un kyste de l'ovaire

(thèse d'Alvrespinto, Paris 1918). Guillemeau s'est trouvé en présence d'un cas semblable que nous trouvons rapporté dans « L'art des accouchements » de Budin. « Je me suis trouvé à l'accouchement d'une pauvre femme malade qui n'avait été à ses affaires il y avait 10 jours, ayant le gros boyau si farci et si rempli d'excréments durs comme pierre qu'il lui était impossible de recevoir un clystère. Nous fûmes contraints, avant que de l'accoucher, de lui tirer tous les excréments qui remplissaient le dit gros boyau, autrement il était impossible de lui tirer son enfant ». —

Quant aux tumeurs rectales proprement dites, elles sont rarement assez volumineuses pour opposer un obstacle sérieux à l'accouchement. Kursteiner cite le cas où un accouchement dut être terminé par une perforation du crâne après échec du forceps ; on avait cru à un rétrécissement du bassin et l'autopsie, onze jours après, avait prouvé que c'était un cancer colloïde du rectum qui avait été la cause de cette dystocie.

Citons également les tumeurs venant de la vessie.

Une cystocèle qui se reconnaîtra par le cathétérisme de même qu'une vessie distendue.

Rappelons enfin pour mémoire les kystes hydatiques du petit bassin et l'ectopie rénale.

Citons également pour terminer les tumeurs d'origine osseuse, exostoses, qu'elles soient syphilitiques, traumatiques ou tuberculeuses, si elles siègent au niveau du sacrum, elles ont toutes la particularité de repousser le rectum en avant. Baudeloque, dans un cas semblable, a pu confondre un embryome et une exostose.

2. — L'obstacle peut avoir été méconnu, et une prise de forceps ou toute autre intervention a occasionné une brèche. Le kyste s'est accouché par les voies naturelles montrant nettement la cause de cette dystocie.

L'examen externe au point final, tel qu'il nous est apparu dans notre observation, n'offre aucune difficulté de diagnostic.

Une cystocèle seule doit être éliminée. Encore l'erreur est-elle à peine discutable, sauf peut-être si le kyste sortait par le vagin.

## PRONOSTIC

Les tumeurs proevia sont cause de dystocie irréductible dans 94 % des cas d'après le Professeur Brindeau.

D'une gravité extrême autrefois, elle s'est considérablement améliorée avec le développement de la chirurgie obstétricale. Elle reste néanmoins d'un pronostic sérieux commandé par la rapidité du délai opératoire.

Tout dépend en somme de la promptitude apporté au diagnostic et aux soins consécutifs.

Méconnue, c'est la mort par péritonite. C'était l'aboutissement fatal de cette catastrophe obstétricale avant l'ère opératoire. Il est probable que jadis cette complication devenue si rare était de temps à autre observée. Actuellement elle nous paraît invraisemblable.

Bien traitée, au contraire, reconnue à temps, elle peut guérir. Mais la guérison n'est tout de même pas certaine, et on ne peut être assuré en tout cas d'éviter les complications. Là encore mieux vaut prévenir que guérir.

## TRAITEMENT

Avant d'aborder le traitement proprement dit des kystes ovariens expulsés par le rectum au cours de l'accouchement, nous reverrons très brièvement le traitement prophylactique de ces accidents, c'est-à-dire en somme celui des kystes diagnostiqués au cours du travail.

### *Traitement prophylactique*

Quelle va être l'attitude de l'accoucheur en présence d'une tumeur proevia vue et diagnostiquée au cours du travail ?

Toute intervention par les voies naturelles doit être à ce moment abandonnée, hormis le cas d'une tumeur d'un volume minime ou d'une consistance particulièrement molle.

Certains procédés ont pour but de dégager provisoirement l'aire du détroit inférieur, ce sont :

- le refoulement,
  - la ponction et l'incision par voie vaginale.
- Le refoulement, actuellement abandonné, est

une méthode dangereuse car il favorise la rupture du kyste et sa torsion.

La ponction et l'incision ont toutes deux pour but de vider et par conséquent de faire disparaître l'obstacle pelvien. L'une et l'autre se feront toujours par le vagin. Ces procédés peuvent rendre de réels services à l'accoucheur, loin de tout centre chirurgical, et qui est appelé à prendre d'urgence une décision qui va sauver la mère et l'enfant. Ce ne peut être à vrai dire qu'un traitement de nécessité, un pis aller qui commande le transport immédiat en milieu chirurgical et l'opération d'ovariotomie d'urgence.

D'autres procédés consistent à supprimer radicalement la tumeur, ce sont : l'ovariotomie vaginale et l'ovariotomie abdominale.

En ce qui concerne l'ovariotomie vaginale, c'est une méthode qui tend à être de plus en plus délaissée. On reproche à juste titre à cette voie ses difficultés d'accès, en raison de l'étroitesse et de la profondeur du champ opératoire, son obscurité qui rend malaisé la dissection et la ligature des pédicules vasculaires. Son principal avantage est, le kyste une fois incisé ou aplati, de permettre l'accouchement par les voies naturelles sans le secours de l'hystérotomie.

La voie abdominale a conquis tous les suffrages des accoucheurs par sa clarté, sa netteté et aussi parce qu'elle permet l'exécution d'un acte obstétrico-chirurgical complet à la suite duquel l'opérateur n'a plus d'arrière pensée.

La voie abdominale comporte deux actes successifs :

1° Evacuation de l'utérus par un accouchement césarien. Celui-ci est généralement réalisé par une césarienne basse dont on connaît, à la suite de Schickelé et de Brindeau, le succès général.

2° Les sutures utérines et péritonéales une fois achevées, on récline l'utérus en avant et la main introduite jusqu'au fond du Douglas va successivement à la recherche de l'un et de l'autre annexe. Le kyste ovarien qui constitue la tumeur proevia est excisé. Là où le chirurgien est embarrassé, c'est lorsque chez une primipare jeune il découvre deux kystes ovariques. La conduite ici s'inspirera des circonstances anatomiques (volume, structure, aspect des kystes), des circonstances sociales, des circonstances morales, enfin, en tenant en toute occurrence le compte le plus attentif des désirs si respectables de la femme d'avoir d'autres maternités. Mieux vaut, en somme, chez une femme jeune, laisser en

place, en toute connaissance de cause un ovaire kystique, mais cependant suffisamment fonctionnel, que de la castrer définitivement. Mieux vaut en d'autres termes lui laisser courir le risque d'une laparatomie nouvelle non inéluctable, que de lui imposer délibérément la castration avec son pénible et long cortège de misères.

### *Traitement curatif*

Devant le tableau final, c'es-à-dire le kyste étant expulsé au dehors par le rectum, le traitement est uniquement chirurgical. C'est de plus un traitement d'extrême urgence. Plus tôt il sera exécuté, plus grandes seront les chances de guérison. Il comporte donc d'abord le transport le plus rapide possible dans une maison de santé et l'intervention immédiate.

L'intervention comprendra schématiquement deux temps :

1° un temps périnéal consistant en la ligature du pédicule suivi de sa section.

2° un temps abdominal pour aller à la recherche de la plaie rectale et la suturer : celle-ci très profonde, est d'un accès difficile. L'utérus volumi-

neux devra être enlevé par hystérectomie préalable pour permettre de « voir clair », ensuite seulement on pourra aller suturer la paroi rectale ; c'est là le temps délicat de l'opération étant donné la profondeur où l'on opère.

Comme particularités pratiques on se méfiera, lors de la section des ligatures du pédicule de l'attraction du dit pédicule qui rentre dans le rectum grâce à son élasticité propre. Ce pédicule entraîne donc des matières septiques du rectum de bas en haut.

D'autre part, en raison de cette inoculation du pelvis, il est nécessaire de drainer la région, et grâce à l'application d'un Mickulicz que, dans notre cas, nous croyons avoir évité la péritonite. On ne manquera pas de glacer l'abdomen.



## CONCLUSION

1° A titre très exceptionnel, les kystes ovariens proevia sont susceptibles d'être expulsés par effraction des voies naturelles.

2° Le passage a lieu au travers d'une brèche rectale ou vaginale.

3° La tumeur expulsée se lamine en quelque sorte par le trajet de sortie qu'elle distend. Elle déchire ce trajet au passage, mais elle ne se rompt pas.

4° Le diagnostic ne comporte aucune difficulté que de reconnaître la nature de la tumeur et l'orifice au travers duquel passe son pédicule.

5° Le pronostic très grave est fonction de la rapidité de l'intervention.

6° Le traitement essentiellement chirurgical comporte deux temps :

a) l'excision de la tumeur,

b) la réparation de la brèche suivie d'un drainage large à la Mickulicz.

Vu : *Le Doyen,*  
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président,*  
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris :*  
S. CHARLÉTY

## BIBLIOGRAPHIE

- ALVRESPINTO. — Kystes compliquant la gestation, le travail, les suites de couches. — Thèse Paris, 1918-1919.
- AUDEBERT. — Les tumeurs proevia. — Revue française de Gynécologie et d'obstétrique. 1931.
- BERGEAULT. — Kystes volumineux coexistant avec la grossesse. Difficulté de diagnostic. — Thèse Paris, 1934.
- BERNARD. — Observation de la clinique Baudelocque. — Thèse, Paris, 1919.
- BOURDIN. — Kystes dermoïdes dans leurs rapports avec la grossesse. — Thèse Paris, 1927.
- BRINDEAU. — La pratique de l'art des accouchements.
- CHARPENTIER A. — Traité pratique des accouchements.
- COUDERT. — Grossesses compliquées de tumeurs solides de l'ovaire, — Thèse Paris, 1904.
- DEMELIN, SCHWOOB. — Un cas de tumeur pelvienne (probablement kyste du ligament large) ayant fait obstacle à l'accouchement. — Bull. soc. d'obst. de Paris, 1900.

HAMMER. — Kystes de l'ovaire. — Observations de la Clinique Tarnier de 1919 à 1929.

KUBORN. — Cas inédits de kystes de l'ovaire ayant compliqué la gestation. — Thèse Paris, 1918.

MOISESCO. — Kystes dans leurs rapports avec la gestation, l'accouchement et les suites de couches. Thèse, Paris, 1934.

POZZI. — Traité de Gynécologie. 3<sup>e</sup> édition.

S. TARNIER, BUDIN. — Traité de l'art des accouchements.

Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie. — Lille, 25-29 mars 1913.







